

ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO INATENTO E IMPULSIVO EN EL CONTEXTO ESCOLAR

**Vicente Félix Mateo¹
Amparo Vilaplana Gramaje²**

¹ Doctor en psicología. Psicopedagogo.

² Psicopedagoga SPE C-3 de Burriana (Castellón)

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza como un patrón persistente de inatención, exceso de actividad e impulsividad, resultado tres subtipos básicos según el DSM-IV-TR (APA, 2002): el predominantemente inatento/desorganizado (TDAH-I), con dificultades tanto en la organización y planificación, como en atención sostenida. El subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, cuya característica neuropsicológica básica sería la dificultad significativa en autorregular su comportamiento, debido a una disfunción en el control inhibitorio, y por último, el subtipo combinado (TDAH-C), es decir, tanto con sintomatología de inatención, y de exceso de actividad e impulsividad, siendo de los tres subtipos el que aparece con más frecuencia.

Cuando hablamos de TDAH estamos haciendo alusión a un trastorno con una enorme incidencia en las escuelas (de cada 4 clases, aparece aproximadamente un niño con TDAH), enormemente comórbido (frecuentemente aparecen ligados a él otros trastornos como las dificultades de aprendizaje, ansiedad, depresión, tics, epilepsia, etc.), y con un pronóstico incierto respecto a la sintomatología nuclear, especialmente en lo que concierne a la impulsividad, que suele mantenerse en la vida adulta.

Hoy en día sabemos que la intervención de este trastorno debe ser multidisciplinar, abordando aspectos psicopedagógicos y farmacológicos de forma combinada. De esta forma, se deduce que la coordinación de los distintos profesionales que intervienen debe ser máxima, tanto en el proceso de diagnóstico como de tratamiento.

Por último, comentar que un niño o niña afectado de TDAH, necesitará a lo largo de su vida escolar una serie de medidas que den respuesta a las necesidades que plantean, y que dichas medidas, pasarán necesariamente por los dos contextos donde más tiempo pasa: la casa y la escuela. Así pues, la cooperación de padres y profesores debe ser concretada desde el principio, llegando a acuerdos tácitos respecto a su aprendizaje y comportamiento.

Para el diagnóstico de TDAH, la sintomatología debe haber aparecido antes de los 7 años, y persistido durante al menos 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo del niño (APA, 2002). Igualmente, debe existir concordancia en al menos dos contextos distintos (ej. casa y escuela) para su diagnóstico.

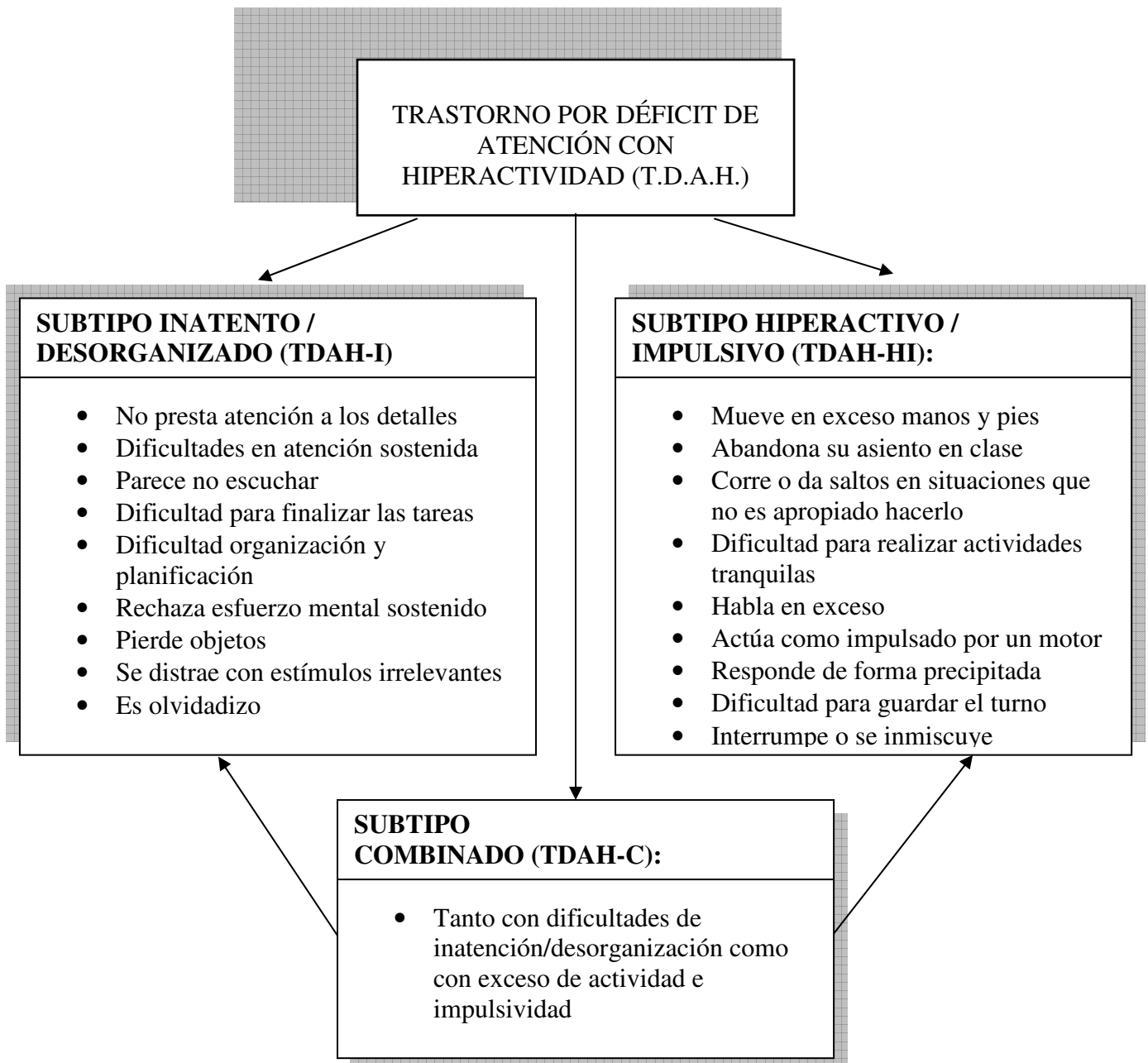
Un aspecto esencial tanto en la detección de necesidades como en la respuesta a las mismas, es el trabajo multidisciplinar con el que se tiene que abordar este trastorno. La relevancia del contexto escolar en general, y de los profesionales de la educación en particular, es obvia, ya que el niño hiperactivo pasa gran parte de su tiempo en este contexto, y es donde normalmente aparecen los síntomas de una forma clara. Pero igualmente importante resulta el contexto hospitalario, donde se proporcionará al niño una respuesta farmacológica, en los casos necesarios, que ayudará a paliar la sintomatología básica, a la par que permitirá una mejor reeducación desde la escuela.

Por lo que respecta al trabajo psicopedagógico con estos alumnos, es necesario clarificar en la medida de lo posible hasta qué punto la sintomatología de un alumno hace referencia a un hipotético TDAH, o por el contrario, se enfrenta ante un niño el que es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otro tipo de trastornos que comparten sintomatología común o similar (como con el trastorno de conducta). Por otra parte, el grado de comorbilidad del TDAH con otros trastornos (ansiedad, depresión, Tourette, dificultades de aprendizaje, trastorno de conducta, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno oposicionista-desafiante, cefaleas, tics, baja competencia social, epilepsia, etc.) es muy elevado (ver Roselló, Amado y Bo, 2000). Por ello, es importante delimitar qué trastorno/s aparece/n de forma comórbida al TDAH, de cara a planificar una intervención tanto psicopedagógica como farmacológica más ajustada a sus necesidades.

2. CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS NIÑOS CON TDAH

Cuando hablamos de “niños hiperactivos”, en realidad poco estamos diciendo respecto a su sintomatología principal, ya que, en función del subtipo de TDAH del que estemos hablando, podríamos estar describiendo a niños muy distintos. Así, dentro del TDAH, podemos encontrar 3 subtipos, en función de la sintomatología asociada: Subtipo predominantemente inatento/desorganizado, subtipo predominantemente hiperactivo/impulsivo y el subtipo combinado. Veamos las características y perfil neuropsicológico asociado a cada subtipo.

Figura 1. Subtipos neuropsicológicos basados en el DSM-IV-TR (APA, 2002)



3. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES

Un primer paso en el diagnóstico del TDAH, consiste en dilucidar si las manifestaciones de desatención, exceso de actividad e impulsividad del niño son meros síntomas aislados o constituyen en sí mismos un trastorno. Cualquier niño (especialmente los más pequeños), puede presentar de forma aislada y/o transitoria conductas impulsivas, desatentas, o un exceso de actividad, sin constituir necesariamente un trastorno. Por el contrario, el TDAH es un síndrome que cumple la mayoría de los requisitos de un trastorno clínico, es decir, tiene un curso, duración, y respuesta al tratamiento que se manifiestan de forma específica.

En el proceso de evaluación de una Hiperactividad, habría que tener en cuenta los objetivos que se pretenden conseguir. Si tan solo se persigue hacer el diagnóstico del trastorno, a pesar de su escaso valor práctico, lo procedente será utilizar los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV. Sin embargo si lo que queremos conseguir es determinar las deficiencias funcionales que experimenta un niño hiperactivo para la elaboración del programa de intervención más adecuado, el proceso de evaluación debe de ser complejo por los múltiples factores a valorar, y fuentes a las que será preciso consultar. Por tanto, en la evaluación de éste trastorno se considera que es muy eficaz y fiable emplear procedimientos de valoración dirigidos a los padres, al profesor y al sujeto.

La evaluación del TDAH es un aspecto complejo. Obviamente, el proceso de evaluación no es siempre igual. Existen niños que ofrecen una frecuencia y severidad tan elevada de la sintomatología, que simplemente con la observación directa y la cumplimentación de una serie de cuestionarios garantizan prácticamente un diagnóstico acertado. Sin embargo, muchas otras veces no tenemos en frente al “hiperactivo de libro”. Puede que aparezcan algunos síntomas, o tal vez tengamos que indagar sobre otros aspectos que aparentemente se muestran latentes. Así, ante el comentario de un tutor al psicopedagogo sobre un alumno que tiene un bajo nivel académico, no termina nada que empieza y casi siempre suele estar distraído, podría entrar en el perfil de un niño desatento, pero también este perfil puede observarse en un alto porcentaje de alumnos de la educación secundaria obligatoria que no tienen un TDAH. Otras veces, la información de los contextos naturales en los que el niño se desenvuelve es contradictoria o parece que estén describiendo a niños distintos. Por ejemplo, puede aparecer un perfil en el que desde el contexto familiar muestren a su hijo como un niño

muy movido, aunque la severidad de los síntomas no alcance el mínimo suficiente y sin dificultades atencionales, mientras que en el contexto escolar aparezca como un niño inquieto, algo impulsivo, pero sobre todo con muchos problemas en el control de la atención sostenida. También puede ocurrir que el nivel socio-cultural de los padres sea muy bajo, y por lo tanto tengamos dificultades para que cumplimenten las escalas comportamentales. Un último ejemplo podríamos encontrarlo ante un profesor que busca constantemente orden y silencio absoluto entre sus alumnos, e informa de un alumno que se mueve y habla demasiado (aunque puede que no sea hiperactivo) o por el contrario un profesor excesivamente tolerante que ante los comportamientos disruptivos tiende a minimizar el problema del niño (“es algo movido, pero ya irá madurando...”). Estos son sólo algunos ejemplos de la casuística que nos podemos encontrar en los centros educativos ante las demandas de valoración sobre TDAH.

Protocolo de identificación

1. En primer lugar, es aconsejable que cuando el tutor nos deriva al alumno, nos aporte alguna información relevante en torno a su comportamiento dentro del aula (si es disruptivo –habla cuando no debe, se mueve en exceso, llama constantemente la atención-; si tiene dificultades para mantener la atención –se despista con cualquier estímulo irrelevante, se cansa rápido, no termina sus tareas
2. Bien a través de los padres, del tutor, o de ambos, deberíamos indagar en torno a la historia evolutiva y clínica del niño. Aspectos sobre el *desarrollo prenatal y perinatal* (si hubo abuso de ansiolíticos, antidepresivos o sustancias psicotrópicas, si hay en la familia algún miembro con TDAH, si fue un embarazo de riesgo, peso del niño al nacimiento, escala Apgar, etc.), adquisición de los distintos *hitos evolutivos* (control cefalo-caudal, lenguaje, desarrollo motor, control de esfínteres, etc.). Asimismo, es interesante conocer la historia escolar del niño. Desde la educación infantil (adaptación, relaciones interpersonales, si hubo excesivo movimiento, desapego de los padres, etc.). Respecto a la Educación Primaria, nos interesa conocer cómo adquirió la lecto-escritura, cómo es su nivel de atención dentro del aula, si hay que estar constantemente supervisando su trabajo, si hay que llamarle muchas veces la

atención para que esté sentado, si hay que aplicar correctivos, cuáles y con qué frecuencia, cómo es la relación con sus compañeros/as de clase, etc.).

3. Observación directa. Es necesario analizar el comportamiento del niño dentro del aula, ya que nos proporcionará claves inmediatas respecto a qué comportamiento/s aparece/n de forma más frecuente y su severidad. Para ello, resulta útil realizar un seguimiento a través de registros observacionales en distintos momentos del día y en distintos días.
4. Pase de pruebas. Se analizan extensamente más adelante.

4. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

4.1. Estimaciones comportamentales para padres y profesores:

A la hora de realizar un diagnóstico de TDAH, resulta imprescindible obtener información de los contextos donde el niño pasa la mayor parte del tiempo; es decir, el contexto familiar y el escolar. Para ello, disponemos de varias escalas conductuales que nos permitirán obtener información cualitativa y cuantitativa en torno a los distintos comportamientos del niño relacionados con la inatención, el exceso de actividad o la impulsividad.

No existe un listado “perfecto” que garantice el diagnóstico. El lector debería investigar con cada una de ellas, y utilizar aquella que le proporcione mayor información y veracidad en el diagnóstico. No obstante, como ya dijimos anteriormente, no es aconsejable realizar un diagnóstico con un listado conductual, pues nos proporcionaría muy poca información de cara a planificar la intervención. Por ello, debería considerarse su uso como la antesala al resto de pruebas.

Presentamos a continuación una tabla con las principales pruebas (listados de síntomas y comportamentales) existentes en el mercado para la valoración del TDAH.

Tabla 1. Escalas de identificación de la sintomatología básica del TDAH

Escala	Ítems	Características
Listado de síntomas del DSM-IV-TR para el diagnóstico de TDAH. (APA, 2002)	1-9: Inatención / Desorganización	Ítems que hacen referencia al subtipo inatento/desorganizado. Realiza un sondeo en torno a conductas de inatención, falta de organización y planificación.
	10-15: Actividad	Ítems relacionados con el exceso de actividad.
	16-18: Impulsividad	Hace referencia a los aspectos relacionados con la desinhibición cognitiva.
Escala de Conners (Conners, 1973)	Ítems 1-10: Conners total	Ítems de fácil redacción que describen conductas relevantes del trastorno hiperactivo. Cada ítem oferta cuatro alternativas de respuesta en función de la frecuencia de ocurrencia de la conducta. Para profesores.
Cuestionario de Hiperactividad y Agresividad de IOWA (Loney y Milich, 1982)	Ítems 1, 2, 4, 8 y 9: Escala de “Inatención-Hiperactividad”;	Una subescala dentro de la escala Conners que comprueba de forma conjunta inatención e hiperactividad
	Ítems 11-15: Escala de oposicionismo	Comprueba un trastorno frecuentemente comórbido en el TDAH: el oposicionista-desafiante.

Tabla 1. Escalas de identificación de la sintomatología básica del TDAH (Continuación)

Escala	Ítems	Características
Cuestionario de situaciones en el hogar (Barkley, 1981)	14 ítems	Plantea distintas situaciones en las que el niño puede presentar dificultades. Se pide igualmente que se cuantifiquen en una escala Likert de 1 a 9.
Cuestionario de situaciones en la escuela (Barkley, 1981)	14 ítems	Permite realizar cierto paralelismo entre el déficit disatencional del niño y las situaciones en las que tales deficiencias provocan más dificultades.
Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (Farré y Narbona, 1997).	20 ítems	Recoge información sobre la conducta habitual del niño. Para ello ofrece un método estructurado de observación para el profesor
Inventario de problemas en la escuela (IPE; Miranda, Martorell, Llácer y Silva, 1993)	162 ítems	Información por parte del profesor referida a distintos problemas que pueden plantearse en la escuela.
Escala de problemas de conducta para padres (EPC; Navarro, Peiró, Llácer y Silva, 1993)	106 ítems	Recoge información, a través de los padres, sobre diferentes áreas de conductas problemáticas, así como de la competencia social de los niños.

Tabla 2. Escalas de identificación de la sintomatología básica del TDAH (Continuación)

Escala	Ítems	Características
Cuestionario de autocontrol para padres y profesores (Kendall y Wilcox, 1979)	33 ítems	En los dos índices de la escala realiza una estimación de la impulsividad cognitiva y comporamental.
Cuestionario de conductas para preescolares (Miranda y Santamaría, 1986).	28 ítems	Tres factores : hiperactividad-inatención, irritabilidad-bajo control y agresividad.

4.2. Evaluación neuropsicológica del TDAH: Funcionamiento ejecutivo

El concepto "función" o "funciones ejecutivas" define la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculada históricamente al funcionamiento de los lóbulos frontales del cerebro. Las observaciones clásicas de pacientes con lesiones cerebrales focales en estas estructuras han revelado el importante papel que ellas juegan en la ejecución de actividades cognitivas de orden superior como la elaboración de programas complejos de conducta, la formulación de metas o la verificación de la acción en curso (Luria, 1973; Stuss 2002). Entre las funciones específicas asociadas al concepto podemos resaltar: inhibición, set shifting, memoria de trabajo, planificación y fluencia, basadas en una clasificación empírica (Pennington y Ozonoff, 1996).

Las definiciones de función ejecutiva recogidas en la literatura científica son, por tanto, amplias y difíciles de operacionalizar. Ozonoff y sus colaboradores parten de la siguiente definición de función ejecutiva: *"...es el constructo cognitivo usado para describir conductas dirigidas hacia una meta, orientadas hacia el futuro, que se consideran mediadas por los lóbulos frontales. Incluyen la planificación, inhibición de respuestas prepotentes, flexibilidad, búsqueda organizada y memoria de trabajo. Todas las conductas de función ejecutiva comparten la necesidad de desligarse del entorno inmediato o contexto externo para guiar la acción a través de modelos mentales o representaciones internas"*. (Ozonoff, Strayer, McMahon y Filloux, 1994, p.1015).

Así pues las funciones ejecutivas harían referencia a un conjunto de estrategias que incluirían: (a) Intención de inhibir una respuesta o demorarla para un momento posterior más adecuado; (b) un plan estratégico de secuencias de acción; y (c) una representación mental de la tarea que incluya la información de los estímulos relevantes codificada en la memoria y la meta futura deseada. Estas operaciones se basan en la idea de que sirven para controlar y regular el procesamiento de la información a lo largo del cerebro (Gazzaniga, Ivry y Mangun, 2001). Precisamente, las investigaciones sobre diversas patologías que han aparecido en los últimos años (e.g., en TDAH, autismo, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo o Síndrome de Tourette) se han dirigido en particular a evaluar aquellas capacidades que supuestamente integran el mencionado constructo. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- **Planificación.** Para conseguir la meta propuesta el sujeto debe elaborar y poner en marcha un plan estratégicamente organizado de secuencias de acción. Es necesario puntualizar que la programación no se limita meramente a ordenar conductas motoras, ya que también planificamos nuestros pensamientos con el fin de desarrollar un argumento, aunque no movamos un solo músculo, o recurrimos a ella en procesos de recuperación de la información almacenada en la memoria declarativa (tanto semántica como episódica o perceptiva).
- **Flexibilidad.** Es la capacidad de alternar entre distintos criterios de actuación que pueden ser necesarios para responder a las demandas cambiantes de una tarea o situación.
- **Memoria de trabajo.** Permite mantener activada una cantidad limitada de información necesaria para guiar la conducta "online", es decir, durante el transcurso de la acción. El sujeto necesita disponer de una representación mental tanto del objetivo como de la información estimular relevante (Ej: el orden en que se han planificado las acciones) no sólo acerca del estado actual sino también en relación a la situación futura. Así esta capacidad tiene elementos comunes con la memoria prospectiva que implica el recuerdo de la intención de hacer algo.
- **Monitorización.** Es el proceso que discurre paralelo a la realización de una actividad. Consiste en la supervisión necesaria para la ejecución adecuada y eficaz de los procedimientos en curso. La monitorización permite al sujeto darse cuenta de las posibles desviaciones de su conducta sobre la meta deseada. De este modo puede corregirse un posible error antes de ver el resultado final.
- **Inhibición.** Se refiere a la interrupción de una determinada respuesta que generalmente ha sido automatizada. Por ejemplo, si de repente cambiara el código que rige las señales de los semáforos y tuviéramos que parar ante la luz verde deberíamos inhibir la respuesta dominante o prepotente de continuar la marcha sustituyéndola por otra diferente (en este caso detenernos). La estrategia aprendida, que anteriormente era válida para resolver la tarea, deberá mantenerse en suspenso ante una nueva situación, permitiendo la ejecución de otra respuesta. También puede demorarse temporalmente, esperando un momento posterior más adecuado para su puesta en práctica.

Tabla 3. Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en TDAH (adaptación de Félix, 2005)

FUNC. EJECUTIVO	TEST	VERSIÓN
IMPULSIVIDAD	Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT)	Kagan, Rosman, Day, Albert y Philips (1964)
PLANIFICACIÓN	Figura Compleja de Rey	Copia del modelo y memoria; Rey (1994).
	Torre de Londres	Shallice (1982)
ATENCIÓN SOSTENIDA	Cancelación de Figuras	Subtest Rombos Rudel, Denkla y Borman (1978)
		Subtest 592 Rudel, Denkla y Borman (1978)
	Test de Ejecución Continua (CPT)	Versión AX (Rosvold et al., 1956)
	Test de Caras	Thurstone y Yela (1979)

Tabla 3. Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en TDAH (adaptación de Félix, 2005), Continuación

FUNC. EJECUTIVO	TEST	VERSIÓN
CONTROL INHIBITORIO	Test de Stroop	Stroop (1935)
	Tarea de Stop	Logan y Cowan (1984)
FLEXIBILIDAD COGNITIVA	Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin	Grant y Berg (1984)
MEMORIA DE TRABAJO	Working memory sentences	Siegel y Ryan (1989)

4.3.Comorbilidad

Un aspecto importante en la evaluación del TDAH, consiste en establecer si junto a éste, aparecen otros trastornos de forma comórbida. Para ello, existen igualmente una serie de cuestionarios en el mercado que permiten establecer, a través de listados de síntomas, si el niño presenta cierta comorbilidad. En función del subtipo de TDAH, aparecen frecuentemente otros trastornos. Así, en el subtipo inatento-desorganizado (TDAH-I), suelen aparecer trastornos internalizantes (ansiedad, depresión, etc.), mientras que los otros dos subtipos (hiperactivo-impulsivo y combinado) suelen llevar asociados trastornos de tipo más externalizante (conducta antisocial, trastorno oposicionista-desafiante, etc.)

En un excelente trabajo, Barkley (1981) muestra la amplia variedad de problemas que pueden asociarse a la hiperactividad en una serie de categorías como problemas físicos (enuresis, encopresis, inmadurez, otitis, alergias, baja reactividad del sistema nervioso, anomalías físicas menores, ciclos cortos de sueño); problemas conductuales (escaso autocontrol, inquietud y coordinación motora pobre); problemas sociales (desobediencia, agresividad, relaciones problemáticas con los pares, deficientes habilidades de resolución de problemas); problemas cognitivos (lenguaje interno poco desarrollado, déficits metacognitivos, infrecuente anticipación de las consecuencias del comportamiento); problemas escolares (dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento académico); y problemas emocionales (irritabilidad, tendencia a la frustración, labilidad emocional, baja autoestima, depresión)

En esta línea, aproximadamente un 44% de los niños con TDAH padecen al menos otro trastorno psiquiátrico, un 32% padecen dos trastornos, y un 11% presenta al menos tres trastornos asociados (Szatmari, Offord, y Boyle, 1989).

En resumen, los correlatos más frecuentes del TDAH incluyen el trastorno de conducta y oposicionismo, la ansiedad y trastornos afectivos, los problemas del lenguaje y las dificultades en el aprendizaje.

Tabla 4. Evaluación de la comorbilidad en el TDAH

Trastorno/s	Escala	Características
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno negativista/desafiante; Trastorno disocial; • Trastorno de Tourette; • Trastornos de Ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático); • Trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno distímico); • Trastorno de ansiedad por separación; • Enuresis y Encopresis 	<p>Listado de síntomas de comorbilidad Stony Brook (Gadow y Sprafkin, 1995)</p>	<p>Este cuestionario está dirigido a realizar una evaluación inicial de síntomas conductuales, afectivos y cognitivos de psicopatologías de la infancia y de la adolescencia. Los ítems están basados en el Manual Diagnóstico y de los Trastornos Mentales de la APA (DSM-IV, 1994) y permiten al psicopedagogo recoger información de los padres y/o profesores relativa a psicopatologías. El inventario recoge información en torno a los siguientes trastornos: Trastorno negativista/desafiante; Trastorno disocial; Trastorno de Tourette; Trastornos de Ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático); Trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno distímico); Trastorno de ansiedad por separación; Enuresis y Encopresis.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 	<p>C.A.S. (Gillis, 1989)</p>	<p>El test CAS permite una apreciación del nivel de ansiedad infantil. Este instrumento efectúa una rigurosa exploración psicológica de los procesos de ansiedad en niños de los primeros cursos escolares.</p>
	<p>Listado de síntomas del DSM-IV-TR</p>	<p>Permite realizar una primera impresión diagnóstica, a través de las estimaciones de padres y/o profesores.</p>

Tabla 4. Evaluación de la comorbilidad en el TDAH (Continuación)

Trastorno/s	Escala	Características
<ul style="list-style-type: none"> Depresión 	Inventario de depresión infantil (C.D.I.); Kovacs, 1992)	El CDI es quizá el instrumento más utilizado para discriminar niños con trastornos afectivos. Esta escala consta de 26 ítems. Puede aplicarse en el contexto escolar para realizar un screening o como elemento diagnóstico. No cabe desestimar la observación directa, así como las entrevistas con padres y profesores sobre su comportamiento diario.
<ul style="list-style-type: none"> Dificultades de aprendizaje 	NAC T.A.L.E. (Toro y Cervera, 1980) PROLEC (Cuetos, Rodríguez y Ruano, 1986). Prueba de Canals (1988)	Las dificultades de aprendizaje es el trastorno comórbido que antes y con más frecuencia aparece ligado al TDAH, derivado principalmente de las dificultades en la atención. La forma de valorar las dificultades de aprendizaje son múltiples. Aquí planteamos una serie de pruebas estandarizadas , para el análisis de la lecto-escritura y del cálculo. Resulta especialmente útil conocer el nivel de competencia curricular que presenta el alumno, por lo que la información del tutor/a como del profesor/a de pedagogía terapéutica.
<ul style="list-style-type: none"> Trastorno oposicionista-desafiante 	Test de Conners (1973)	Es otro de los trastornos que aparecen frecuentemente ligados al TDAH, especialmente al subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) así como al combinado (TDAH-C). Ya comentamos anteriormente esta escala.

5. CONCLUSIONES

La evaluación psicopedagógica del TDAH resulta un aspecto complejo, no sólo por la exigencia que dicho trastorno exige en torno a su conocimiento para la detección, sino también por la interdisciplinariedad con la que debería abordarse.

Pese a ser un trastorno con más de un siglo de existencia (Fue Still en 1904 quien reporta en la literatura científica el primer caso), todavía desconocemos las causas del mismo (aunque sepamos que existen algunos genes implicados como el DAT-1 y el DRD4). En esta línea, las pruebas neuropsicológicas existentes todavía no ofrecen una fiabilidad del 100%, aunque hay estudios que muestran buenos indicadores (ver Miranda, Félix y Ávila, 2005).

Es importante valorar el TDAH desde todas las dimensiones (social, cognitiva, comportamental, etc.), además de indagar sobre los posibles trastornos comórbidos que aparezcan, para así poder planificar una intervención más ajustada.

La participación de la familia durante el proceso de evaluación y especialmente en la intervención resulta absolutamente necesaria. Será por ello importante implicarles durante todo el proceso, proporcionarles información en torno al trastorno, su conceptualización, su etiología, diagnóstico y pronóstico, así como trabajar las expectativas.

Por lo que respecta al profesorado, va a tener igualmente un papel preponderante en la evaluación y tratamiento. Desde el contexto escolar obtendremos información significativa en torno a los aspectos sociales (especialmente de interrelación), académicos (nivel de competencia curricular, estilos de aprendizaje, nivel de atención, comportamiento/s disruptivos/s en el aula, etc.).

Por último, resaltar que es necesario derivar a todos los niños susceptibles de padecer un TDAH al servicio de neuropediatría del hospital más cercano, con la finalidad de que estimen la conveniencia de combinar, junto con la intervención psicopedagógica, tratamiento farmacológico. Hay que resaltar que además del tratamiento de elección para el TDAH con psicoestimulante (normalmente metilfenidato), existen otros tratamientos farmacológicos para estos niños (bien porque la respuesta al metilfenidato no es la esperable, bien por otros trastornos comórbidos que hacen necesario implementar otra terapia farmacológica que dé una respuesta más precisa a las necesidades del paciente).

Por todo ello queda patente que la evaluación psicopedagógica resulta esencial en el proceso de detección de las necesidades educativas especiales de los alumnos con TDAH. Merece la pena recordar que no existe ninguna prueba diagnóstica (ni psicológica ni neurológica) del TDAH. Por ello, resulta de vital importancia la participación de todos los agentes educativos y sanitarios en la identificación del trastorno, de cara a proporcionar las medidas terapéuticas y psicopedagógicas que den respuesta a las necesidades de estos alumnos.

6. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive Children: A Handbook of Diagnosis and Treatment*. New York, Guilford Press.
- Canals, R. (1988). *Pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales*. Tarrasa: Editorial Onda.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children (Especial issue). *Psychopharmacological Bulletin*, 24-84.
- Cuetos, F., Rodríguez, B. y Ruano, E. (1996). *PROLEC. Batería de evaluación de los procesos lectores de los niños de educación primaria*. TEA Ediciones.
- Farré, A. y Narbona, J. (1997). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Félix, V. (2005). Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 7 (3), 215-232.
- Gadow, K. y Sprafkin, J. (1995). *Child Symptom Inventories. The revised CSI Parent /teacher Checklist*. Checkmate Plus, LTD. Stony Brook, NY.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B. y Mangun, G.R. (2001). *Cognitive Neuroscience. The biology of mind*. 2nd Ed. W.W. Norton & Company. New York, London.
- Gillis, J.S. (1989). *CAS: Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Grant, D.A. y Berg, E.A.A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigel-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 404-411.
- Kagan, J., Rosman, B., Day, D., Albert, J. y Phillips, W. (1964). Information processing in the child: Significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs*, 78, (1, número completo, 578).
- Kendall, P. y Wilcox, L. E. (1979). Self-control in children: development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.
- Kovacs, M. (1992). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.

- Logan, G.D. y Cowan, W.B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological Review*, 91, 295-327.
- Loney, J. y Milich, R. (1982). Hiperactividad, Inatención y agresión en clínica. En: M. Wolraich y D.K. Routh (Eds.), *Advances in behavioral pediatrics*, 2nd ed. Greenwich: JAI Press. (pp. 113-147).
- Luria, A.R. (1973). *The working Brain*. London: Penguin Books.
- Miranda, A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y Dificultades en el Aprendizaje*. Valencia. Promolibro.
- Miranda, A., Félix, V. y Ávila, C. (2005). Validez ecológica de las tareas neuropsicológicas. *Psicología General y Aplicada*, 58(3), 297-307.
- Miranda, A., Martorell, C., Llacer, M.D., Peiro, R y Silva, F (1993). IPE. Inventario de problemas en la escuela. En F.Silva y C Martorell (Comp) *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. EPIJ (Vol 1). Madrid : MEPSA.
- Navarro, A., Peiro, R., Llacer, M.D., y Silva, F. (1993). Escala de problemas de conducta (EPC), En F. Silva y M.C Martorell (Drs), *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. (Vol. I). Madrid: MEPSA.
- Ozonoff, S., Strayer, D.L., McMahon, W. y Filloux, F. (1994). Executive function abilities in autism and Tourette syndrome: an information processing approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1015-1032.
- Pennington, B.F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Rey, A. (1994). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: TEA Ediciones.
- Roselló, B., Amado, L. y Bo, R.M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 1, 1-12.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A., Sarason, M., Bransome, E.D. y Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Rudel, R.G., Denkla, M.B., y Broman, N. (1978) Rapid silent response to repeat target symbols by dyslexic and non-dyslexic children. *Brain and Language*, 6, 52-62.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B*, 298, 199-209.
- Siegel, L.S. y Ryan, E.B. (1989). The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabled children. *Child Development*, 60, 973-980.
- Stroop, J.P. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Stuss, D.T. (2002). Adult clinical neuropsychology : lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 2002.
- Szatmari, P., Offord, D.R., y Boyle, M.H (1989). Ontario Child Health Study: Prevalence of ADHD. *Journal of Child Psychiatry*, 30, 205-217.
- Thurstone, L.L., y Yela, M. (1979). *Percepción de diferencias (Caras)*. Madrid. TEA Ed